

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 92

POUR

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ILJA FALKOWSKI

Né le 31 Octobre 1912, à Lodz (Pologne)

Contribution à l'Etude
de la
Tuberculose Verruqueuse
Ano-Fessière

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17
PARIS (5^e)

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

ILJA FALKOWSKI

Né le 31 Octobre 1912, à Lodz (Pologne)

Contribution à l'Etude
de la
Tuberculose Verruqueuse
Ano-Fessière

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (5^e)

1937

LE DOYEN ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGLROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LE NORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BUNDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MU'LOU.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
UVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE-			
RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Je leur dédie ce modeste travail, humble
et trop faible témoignage de mon
amour, de mon attachement et de ma
reconnaissance ineffables, pour l'abné-
gation et les nombreux sacrifices aux-
quels ils se sont résignés.*

A MON FRERE

DOCTEUR EN MEDECINE DAVID FALKOWSKI

*Avec mes remerciements chaleureux
pour son affectueuse sollicitude et l'aide
qu'il m'a si généreusement offerte.*

A MES FRERES

A MA SŒUR

*Je suis heureux de leur en témoigner de
mon affection et ma tendresse infinies.*

A MES BELLES-SŒURS, A MON BEAU-FRERE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. COUGEROT,
Professeur de Clinique Dermatologique
et Syphiligraphique
Officier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LEVY-FRANCKEL,
Assistant à l'Hôpital Saint-Louis

que nous prions d'accepter nos plus sincères remerciements pour nous avoir inspiré le sujet de cette thèse ainsi que pour les bienveillants conseils qu'il nous a donnés.

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

La région ano-fessière, comme toute autre partie du corps, peut être le siège des manifestations de la tuberculose cutanée à forme verruqueuse. C'est rare. Nous avons l'impression cependant que cette rareté était un peu exagérée et qu'elle est plutôt apparente que réelle. Ce qu'en effet les auteurs décrivirent sous des noms variables, des affections presque identiques. Les termes scrofulide verruqueuse, lupus verruqueux, lupus scléreux et papillomateux ne représentent que des nuances cliniques, et peuvent tous, semble-t-il, entrer dans le grand groupe des tuberculoses verruqueuses. Il n'en reste pas moins vrai que, dans ce vaste groupe, il est nécessaire de maintenir à part une variété : la forme verruqueuse due à une inoculation exogène primitive. C'est là une forme classique, décrite par Riehl et Paltauf, et qui, elle, est une rareté — pour ne pas dire une exception — dans la région ano-fessière.

Dans son tableau clinique, ainsi que sa structure histologique, la tuberculose verruqueuse ano-fessière ne diffère guère de celle des autres régions du corps. Or, la tuberculose verruqueuse est une affection aujour-

d'hui bien connue et maintes fois décrite. Si donc nous voulons nous en occuper, c'est à cause de cette localisation rare et surtout par suite des problèmes fort intéressants que soulève cette localisation particulière : le problème de la pathogénie et de diagnostic.

I

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE EN GENERAL

1) HISTORIQUE.

Décrite sous le nom de scrofulide verruqueuse par Hardy (1860), de lupus verrucosus par Mac Call Anderson (1877), de lupus scléreux par Leloir, de lupus scléreux et papillomateux par Vidal (1882 et 1883), la tuberculose verruqueuse de Rhiel et Paltauf a été étudiée d'une façon très complète en 1886, par les auteurs dont elle porte le nom.

2) SYMPTOMATOLOGIE.

Le tubercule anatomique constitue un stade de début de la tuberculose verruqueuse. Il représente une variété spéciale par son mode d'inoculation (piqûres ou blessures survenues chez des médecins, des garçons d'amphithéâtre, des ouvriers d'abattoir, au cours des opérations, d'autopsie), par sa localisation habituelle aux mains et doigts, par son évolution rapide et quelquefois par sa gravité relative. Peu après l'inoculation (2-3 jours) apparaît un érythème douloureux et puis, tantôt un petit point d'hyperkératose, tantôt un nodule. Progressive-

ment, l'hyperkératose augmente, le nodule grossit et sa surface se hérissé de petites saillies papillaires. Le pourtour est d'un rouge violacé.

L'élément essentiel de la tuberculose verruqueuse étendue, c'est la plaque verruqueuse. Elle est représentée par une lésion plus ou moins saillante, de surface très irrégulière, rugueuse, verruqueuse. Le plus souvent, la plaque est recouverte de croûtes plus ou moins épaisses, formant une carapace dure. Il faut en débarrasser la lésion pour pouvoir mieux analyser les caractères de la plaque verruqueuse, des végétations papillaires qui la constituent et des fissures qui les séparent. Si l'on presse la tumeur, on fait sourdre du pus et ce caractère de suppuration serait, pour certains auteurs, de la plus haute importance pour le diagnostic de la tuberculose verruqueuse. Arrivée à son complet développement, la plaque verruqueuse est classiquement constituée par trois zones, plus ou moins régulièrement concentriques : une zone centrale, la plus saillante dont la surface est tantôt molle (tuberculose papillomateuse), tantôt dure, cornée (tuberculose verruqueuse); une zone intermédiaire, qui est une zone d'infiltration rouge violacée, pustuleuse et croûtelleuse : c'est à ce niveau que la pression fait sourdre du pus en abondance. Enfin, une zone périphérique érythémateuse. On insiste sur ce fait qu'en dehors des fissures ou crevasses, il n'existe pas ici d'ulcération vraie : cependant, nous verrons plus loin que, dans une même lésion, l'on peut voir parfois de la tuberculose verruqueuse indiscutable avec le plus souvent, à la péri-

phérie, des ulcérations tuberculeuses. La plaque est légèrement douloureuse à la pression.

3) EVOLUTION.

L'évolution est très lente et il n'est pas rare de voir persister cette lésion pendant la vie entière. Souvent, et c'est là un caractère primordial, on voit la plaque verruqueuse entrer en régression cicatricielle par l'un des points de sa surface, central surtout; par contre, la lésion continue habituellement à s'étendre par la périphérie.

4) PRONOSTIC.

Il est admis presque à l'unanimité aujourd'hui que l'opinion de Rhiel et Paltauf, concluant sur la bénignité de la tuberculose verruqueuse, est erronée. Dans les cas d'auto-inoculation secondaire, chez les tuberculeux pulmonaires par exemple, les propagations lymphatiques ne sont qu'un épiphénomène accessoire sans grande importance. Par contre, dans la tuberculose primitive, tuberculose de Rhiel et Paltauf, cette propagation lymphatique acquiert la plus haute importance. Car, en effet, les lésions dans ces cas sont loin — comme l'on a prétendu — de rester toujours locales, et elles peuvent devenir le point de départ des localisations bacillaires secondaires et même d'une généralisation viscérale. Les exemples en sont nombreux (Laënnec, Baumgarten). Une observation très démonstrative à ce sujet a été relatée par Moutot. « Un homme bien portant, sans tares héréditaires, dans de bonnes conditions hygiéniques, à la

suite d'une morsure par un sujet tuberculeux, contracte une tuberculose verruqueuse de la main. Au bout de deux mois, il a de l'adénite épitrochléenne et axillaire. Dans l'année qui suit, il fait des abcès tuberculeux multiples, puis il fait de la tuberculose du sommet du poumon, du côté correspondant à sa tuberculose verruqueuse. »

Un cas analogue a été observé par le Docteur Lévy-Franckel :

« M. X..., garçon d'amphithéâtre, présente un tubercule anatomique de la face dorsale de la main au niveau des 4^e et 5^e articulations métacarpo-phalangienne, consécutif à une piquûre anatomique au cours d'autopsie d'un malade mort de pleurésie purulente tuberculeuse. 18-15 mois après, on constate chez ce sujet l'apparition de tuberculose pulmonaire vérifiée à l'écran et par l'analyse des crachats. »

5) ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'étude anatomo-pathologique est d'un intérêt capital. Car le diagnostic de la tuberculose verruqueuse n'est pas toujours aisé en clinique, et c'est le microscope qui peut nous fournir une réponse sûre.

L'épithélium, très hypertrophié, envoie des prolongements, des végétations, qui peuvent descendre jusque dans le derme profond. L'hyperkératose est très prononcée dans les formes verruqueuses, elle manque dans les formes papillomateuses pures.

Le corps muqueux, soit dans les parties normales, superficielles, soit aux différents étages des bourgeons qu'il envoie en profondeur, présente de nombreux abcès, bourrés de polynucléaires. Ces formations sont assez particulières à la tuberculose végétante et ne se rencontrent guère en dehors d'elle que dans les mycoses végétales.

Le derme est envahi par un infiltrat tuberculeux; celui-ci s'associe souvent à des lésions inflammatoires banales, pouvant même, à première vue, en imposer pour une inflammation banale.

Cet aspect est caractéristique, et cependant les coupes peuvent parfois prêter à l'hésitation pour le diagnostic avec l'épithéliome papillaire, syphilides cornées papillaires, blasto-mycoses. La seule preuve véritable de la nature tuberculeuse de la lésion sera la mise en évidence du bacille de Koch. Elle peut se faire soit par une recherche directe sur des coupes traitées par les méthodes spéciales, ou bien par inoculation au cobaye, qui est une méthode de choix pour avoir la certitude absolue de la nature tuberculeuse.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (HARTMANN)

(Résumée)

A. F., 37 ans, concierge. Pas d'antécédents héréditaires. Fluxion de poitrine il y a 4 ans, ayant duré un mois. Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, abcès à l'anus s'est ouvert spontanément et reste fistuleux. A l'examen de l'anus on trouve un peu en arrière de l'orifice, sur la ligne médiane postérieure, l'orifice extérieur un peu ulcéré d'un trajet fistuleux qui remonte à 6 cm. environ sous la peau, et la muqueuse. En avant et à droite de l'anus, tuméfaction un peu aplatie, rosée, molle, fluctuante.

A droite de l'anus, plongeant dans son orifice, on trouve un placard à grand diamètre transversal, mesurant 3 centimètres et demi environ, dont les bords festonnés se continuent avec les parties environnantes, dont le fond papillomateux, un peu crouteux, apparaît, lorsqu'on a fait tomber les croutes rouges, suintant, comme formé par l'accolement d'une série de petits bourgeons assez fermes ayant tous à peu près la même hauteur formant ainsi plaque, et séparés par des dépressions d'où la pression fait sourdre un peu de pus. La base du placard n'est pas indurée, à part son extrémité antérieure qui surmonte l'abcès décrit. Le tout est indolent. L'état général est bon ; on entend cepen-

dant des craquements au niveau des deux sommets. Au bout de quelques temps, le malade ayant été un peu amélioré par des pansements, régulier quitte l'hôpital.

OBSERVATION II. — (ROUTIER et FOUPEY)

(Résumée)

M. X..., âgé de 55 ans. Toujours bien portant, vient trouver le Docteur R..., pour une lésion qu'il porte au voisinage de l'anus, et dont il s'est aperçu seulement par les taches faites à son linge. Il croyait avoir une fistule. Il fait remonter le début du mal à quelques mois, sans plus préciser.

Sur la fesse droite, partant de l'anus on trouve une plaque triangulaire d'environ deux centimètres et demi de côté, formée par une série de mamelons à aspect rouge, non ulcérés. Les sillons qui séparent les mamelons secrètent une sorte de sanie et sont parcourus par des érosions.

La plaque présente une certaine induration quand on la saisit entre les doigts. Pas de ganglions appréciables. Sous le microscope, on constatait : Des papilles extrêmement développées, séparées par des prolongements épidermiques s'enfonçant, assez profondément dans le derme, des cellules géantes et quelques bacilles de Koch.

OBSERVATION III. — (SEQUINAUDE)

M..., 22 ans, soldat de 2^e classe au 57^e régim. d'infanterie, exerçant dans la vie civile et au régiment la profession du cordonnier. Engagé volontaire à 18 ans, en 1907, n'a fait que deux mois et demi de service actif.

Antécédents. — Père et mère bien portants. Deux frères morts quelques mois après la naissance ; un frère de vingt-cinq ans, menuisier, qui a fait 2 ans de service militaire, et n'a jamais été malade. M..., a toujours eu une bonne santé

avant de venir au régiment. Pas de syphilis, pas d'antécédents tuberculeux. A noter que le patron chez lequel il travaillait toussait, mais prenait soin de cracher dans un crachoir garni de son de bois. Il serait mort depuis 2 ans, sans doute de tuberculose pulmonaire.

Histoire de la maladie. — Le malade prétend qu'à l'époque où il s'est engagé (1907), il présentait dans la zone actuellement atteinte un nodule lenticulaire qui s'est étendu progressivement et qui, de temps en temps laissait suinter un peu de pus. N'a jamais été à la visite et n'a suivi aucun traitement. En janvier 1911, il a commencé à tousser et à cracher ; il a perdu l'appétit, sans autre trouble digestif. Au mois de juin 1911, il constate une diminution de ses forces, accompagnée d'amaigrissement. De juillet à septembre il fut atteint de diarrhée. Depuis cette époque toutes les fois qu'il va à la garde-robe, il éprouve de vives douleurs, sensation de brûlure seulement au moment de la défécation.

Etat actuel, le 8 janvier 1912. Sur la fesse gauche il existe dans une zone correspondante à l'ischion et à 4 centimètres de l'anus, un placard de forme arrondie de 8 cm de diamètre, de consistance molle, se mobilisant toute d'une pièce, paraissant limité à la peau sans adhérer aux plans profonds. La transition entre la peau saine et la peau malade se fait par une pente brusque du côté externe. Un peu plus en dedans, il existe une zone couverte de squames et de croûtes recouvrant et masquant de petites pustules qui laissent sourdre à la pression un pus jaune et bien lié. Ces deux zones n'ont pas plus d'un centimètre de largeur. Le fond de la lésion est formé par un semis de petites végétations papillomateuses, serrées les unes contre les autres, formant une sorte de gazon irrégulier de couleur rougeâtre. Entre ces végétations il existe des fissures, des

pertuis ulcéreux qui, par la pression, laissent s'écouler une sérosité purulente qui ne contient pas de bacilles de Koch. Cette lésion est sensible, mais peu douloureuse, puisque le malade a fait depuis 4 ans, sans se plaindre, son travail de cordonnier, c'est-à-dire un travail assis. Sur la marge de l'anus, il existe à droite et à gauche deux ulcérations ayant les dimensions suivantes : 3 cm. sur 2 à droite, 2 cm. sur 1 1/2 à gauche. Elles ont le même aspect et les mêmes caractères. Les bords sont sinueux, irréguliers, déchiquetés, comme grignotés, décollés seulement du côté de l'anus, légèrement saillantes et nettement entaillés, de couleur rouge. La peau du voisinage est saine, sans infiltration. Le fond est mamelonné, marbré de jaune et de rouge, sans graines jaunes, ne saignant pas facilement mais sécrétant une sérosité purulente d'odeur infecte, dans laquelle on a trouvé des bacilles de Koch. Il existe dans le quadrant supérieur de l'anus deux petites hémorroïdes. Au toucher, on ne constate pas d'ulcérations rectales. Pas de douleurs spontanées, mais douleurs très vives au contact et pendant la défécation. Pas de lésions de la prostate ni de vésicules séminales. Les ganglions ingéniaux sont augmentés de volume à droite et à gauche, mais ne dépassent pas la grosseur d'une noisette.

Appareil respiratoire. — Le malade présente des signes évidents de tuberculose pulmonaire à la période de ramollissement dans la fosse sus-épineuse droite. L'expectoration est assez abondante, avec crachats mummulaires dans lesquels il existe une grande quantité de bacilles de Koch.

Rien dans les autres appareils. L'appétit bon, les digestions faciles, sans diarrhée ni constipation. L'état général est franchement mauvais, le visage pâle et amaigri, les muqueuses décolorées.

OBSERVATION IV. — (DANLOS et LEVY-FRANCKEL)

(Résumée)

Le nommé H..., âgé de 44 ans, peintre, entre le 7 mars 1908, lit n° 63. L'affection a débuté en janvier 1906, sans cause appréciable, par de prurit. Ce prurit était assez marqué, mais insuffisant pour empêcher le malade de dormir. Les antécédents personnels du malade étaient peu chargés : aucune maladie antérieure à part le charbon (pustule sur la face externe de la jambe droite à l'âge de 3 ans et demi, et en particulier pas de .

Actuellement la tumeur occupe toute la région fessière droite et la partie adjacente de la région crurale. En dedans elle est limitée par une saillie à pic, empiétant sur le sillon interfessier dont le fond est respecté. En avant, le bord assez irrégulier, n'atteint pas la saillie musculaire du quadriceps fémoral. Le bord inférieur reste à trois travers de main du creux poplité. Sur la face interne de la cuisse, les masses mamelonnées forment une nappe saillante grande comme la paume de la main, jusqu'à un centimètre environ du pli inguino-scrotal. Elles recouvrent environ le quart supérieur de cette face intérieure. L'épaisseur des masses n'est pas partout la même. Très épaisse sur la région fessière et près du sillon interfessière, très épaisse aussi sur la face interne de la cuisse, la tumeur, à la partie supérieure de la cuisse, n'offre pas le même aspect ; les bords sont constitués par des masses en mamelons irréguliers ; le centre est occupé par une peau sèche érythémateuse, avec, par place, des masses mamelonnées.

L'aspect général est celui de gros choux-fleurs, de couleur rosée ou rougeâtre très vasculaires, dont les lobules

sont séparés par des sillons de profondeur variable desquels la pression fait émerger sur beaucoup de points des masses vermiculées puriformes. Quelques pointes sont saignantes, surtout près de la rainure interfessière. L'anus est indemne. La consistance de masse est assez dure. La douleur n'est pas très vive, elle consiste en démangeaisons surtout nocturnes. Une odeur repoussante se dégage de cette masse. Le foie et la rate semblent normaux. Le malade qui est peintre en bâtiments, présente à un léger degré le liseré de Burton. Il n'a jamais eu de coliques de plomb ni de paralysie saturnine. Les dents sont en mauvais état.

Appareil respiratoire : le malade tousse un peu.

Le thorax est un peu globuleux ; à l'auscultation, l'inspiration est haute. Le cœur est normal et les bruits du cœur sont bien frappés. Inoculation au cobaye positive. Sous le microscope, quelques cellules géantes nettement caractérisées.

OBSERVATION V. — (MORESTIN)

Lucien Th., 43 ans, est adressé le 3 mars 1901 à M. Mores-tin, dans le service de M. Richelot, à Saint-Louis, par M. le professeur Fournier, pour une tuberculose venueuseuse perianale très étendue. Il est « ouvrier de cornes », il « fait un travail de brute » très pénible. Il est alcoolique, au moins trois litres de vin et trois absinthes par jour. Quoique fortement charpenté et autrefois très robuste, il est devenu tuberculeux. Il est aujourd'hui amaigri et pâle. Il a toussé beaucoup les hivers. Il a eu une hémoptysie. Th... a eu cinq enfants, dont trois sont morts en bas âge.

Les lésions qui justifient son passage en chirurgie ont débuté depuis quatre ou cinq mois. Th... parle d'une élé-vure constatée dans le voisinage de l'anus considérée comme un clou puis comme un orifice fistuléen qui en aurait été le point de départ. Cette discription pourrait

faire supposer que le malade aurait eu un abcès dont l'ouverture aurait laissé une fistule, laquelle aurait inoculé les téguments. Mais on ne retrouve aujourd'hui aucune trace de ce trajet fistuleux. Le malade n'a eu ni diarrhée, ni constipation opiniâtre, ni écoulement sanguin ou purulent par l'anus. La lésion a évolué d'une manière indolente, provoquant seulement quelques démangeaisons. Celles-ci sont devenues beaucoup plus vives pendant une période où l'on avait cru devoir soumettre le malade à un traitement ioduré énergique.

A droite et à gauche de l'anus, on voit deux grandes plaques surélevées, celle de droit beaucoup plus étendue que l'autre. Elles se rejoignent en avant, sans se confondre complètement, et s'étendent sur le périnée antérieur. En arrière, elles viennent jusque sur les bords du coccyx. Celle de droite couvre presque toute la région ischio-rectale, celle de gauche est un peu moins large. Les plaques sont fournies par la juxtaposition d'innombrables petites saillies d'aspect papillomateux, de coloration légèrement rosée, reposant sur une base commune, de consistance jaune, indolore à la pression. La lésion n'est pas couverte d'une croûte, elle n'est pas suintante, mais sèche, rude au toucher. Les plaques sont parcourues par quelques fissurations semblant s'irradier de l'anus. A la face interne de la cuisse droite, immédiatement au-dessous du sillon périnéo-anal, se voit un petit abcès froid sous-cutané, gros comme une noisette.

Les lésions sont superficielles et s'arrêtent à l'anus ; l'exploration du canal anal et du rectum demeure absolument négative.

En mars 1901. Opération. Extirpation très large de tous les téguments malades. Autoplastie par un lambeau scrotal.

Guérison de la lésion locale, mais aggravation de lésions pulmonaires.

OBSERVATION VI. — (NICOLAS, LEBEUF, ROUGIER)
(Résumée)

Le malade est âgé de 53 ans. Dans ses antécédents, on relève : une otite, une pneumonie, une bronchite et la grippe en 1918. En 1922, il est opéré d'une fistule anale qui n'a pas récidivé. Le début des lésions actuelles remonte à trois ans environ. Elles ont commencé à la fesse par des lésions croûteuses que le malade grattait et qui s'étendirent progressivement. Il y a un an apparurent les lésions du cou. A l'examen on constate actuellement :

1° A la région fessière. — A droite : deux placards tuberculo-ulcéreux de la dimension d'une main, à contour circiné, violacés, recouverts de croûtes épaisses. A gauche : il s'agit d'une lésion plus vaste encore, d'aspect circiné, et violacée sur les bords, avec, un peu en dehors d'elle, une petite lésion arrondie et papulo-croûteuse. Si on enlève les croûtes, on est en présence des zones nettement papillomateuses végétantes. Entre les végétations, la pression fait sourdre du pus bien lié ou du sang. A signaler la marche progressivement extensive des placards avec cicatrisation centrale et évolution périphérique, les croûtes étant surtout développées à la périphérie. Rien à l'anus. Rien au toucher rectal. Dans les deux aines présence de ganglions multiples sans périadénite. A gauche, petite lésion cicatricielle du pli inguinal dont le malade n'a pas retenu l'origine.

2° A la face antérieure du cou. Il existe quelques lésions dont certaines rappellent celles des fesses.

Le malade est édenté. Rien à la gorge. Il tousse un peu.

La radioscopie pulmonaire ne montre pas de lésions en évolution. Petite cicatrice sous la clavicule gauche. Urines claires, contenant un léger disque d'albumine. B. W. négatif.

OBSERVATION VII. — (LANZENBERG et GLASSER)
(Résumée)

Le petit malade âgé de 11 ans, entre dans le service pour une lésion localisée à la fesse droite et évoluant depuis trois ans en augmentant progressivement et très lentement, sans causer aucune douleur. La lésion a les dimensions d'une pièce de 2 francs, elle se trouve sur la fesse droite à la hauteur du pli fessier, ses contours sont très irréguliers et sa surface n'est pas plane, mais légèrement tomenteuse. Elle est donc constituée par un plateau de couleur gris rose, surélevé, tranchant nettement sur la peau saine avoisinante. A la palpation, on sent une infiltration légère et si on presse un peu la lésion, on fait sourdre une goutte de pus verdâtre sur plusieurs points isolés.

Inoculation au cobaye. — Positive.

Examen microscopique. — Bacille de Kock dans le pus, cellules géantes sans bacilles dans le tissu prélevé par biopsie.

On pratiqua l'électrocoagulation de la lésion de la fesse qui commença à se cicatriser vers la fin du mois et permit au malade de quitter le service le 8 mars sur la demande instantane de ses parents. L'enfant n'était jamais malade, il ne pousse pas et n'a pas de température et l'examen clinique, au point de vue pulmonaire, ne semble pas révéler des lésions en activité. Appareil digestif paraît en bon état, de même que le cœur, les voies uro-génitales et le système

nerveux. Le père est mort en 1919 d'une congestion pulmonaire et le malade ne l'a pas connu. La mère est bien portante et les enfants bien portant.

OBSERVATION VIII. — (GATE, CECCALDI,
MICHEL FREIDEL (*Résumée*))

G... Jean, 45 ans, nous est adressé le 19 mai 1934 par le Dr Manhès. Il est porteur, depuis 6 mois environ, d'une masse papillomateuse de volume d'une très grosse framboise, de teinte rosée, située dans la région périanale droite, immédiatement au-dessus du pli génito-crural, à 5 ou 6 centimètres à droite et en bas de l'anus. Il s'agit d'une lésion sèche, implantée largement sur les téguments qui ne présentent ni infiltration, ni phénomène inflammatoire. La lésion elle-même est constituée par la coalescence de véritables grains que l'on peut assez facilement écarter à la manière des éléments d'un fragment de chou-fleur.

Entre ces masses papillomateuses n'existent ni suintement, ni suppuration. Le début se fait par une petite lésion et, aux dires du malade, aurait très passagèrement suppuré. Puis, peu à peu, celle-ci augmenta sans donner lieu à aucune manifestation douloureuse, et c'est seulement sa persistance et la gêne très relative qu'elle occasionna au sujet, qui ont décidé ce dernier à consulter. Le passé pathologique du sujet est indemne de tout antécédent sérieux.

Une biopsie est pratiquée et montre l'existence, au-dessous d'un épiderme très proliférant, d'une infiltration profonde dermo-hypodermique de nature tuberculeuse avec très nombreuses cellules géantes. B.W. Cette masse végétante a été enlevée à l'électrocoagulation et la plaie est en bonne voie de réparation.

OBSERVATION IX. — (GATE, MICHEL, FREIDEL)

Il s'agit d'un sujet âgé de 60 ans, amaigri et cachectique, présentant des lésions pulmonaires évolutives ulcéro-caséeuses bilatérales prédominant à gauche, avec dyspepsie, température élevée, très mauvais état général. Ce sujet présente au niveau de l'anüs des lésions répondant à 3 types :

1° Au niveau de la marge de l'anüs et sur les faces internes des plis interfessièrës, état ulcératif suintant ;

2° A la limite de ces premières lésions, formations végétantes et papillomateuses, sous-muqueuses humides et suintantes.

3° A la périphérie de ces dernières et empiétant sur les régions fessièrës, formations franchement verruqueuses, plus ou moins circulées, brunâtres, sèches et cornées, revêtant tout à fait le type de la tuberculose verruqueuse.

On a mis facilement en évidence dans le liquide de suintement le B. K.

OBSERVATION X. — (GATE, CECCALDI,
MICHEL, FREIDEL)

T..., 40 ans, est vu dans le service hospitalier de Dermato-Syphiligraphie de l'Antiquaille le 19 janvier 1934 pour une affection dermatologique du siège, dont le début remonte à il y a environ quatre ans. Les premières lésions, d'allure végétante, apparurent au fond de l'anüs et s'étendirent très lentement pour réaliser peu à peu l'aspect actuel. On est en présence aujourd'hui d'une lésion en nappe, centrée à peu près par l'anüs et qui s'étend sur une très large surface d'une part dans la région fessièrë et d'autre part, vers la région périnéale antérieure et la racine des bourses. Il s'agit d'un vaste placard, à peu près régulièrement cir-

culaire, décentré un peu sur la fesse gauche, à contour véritablement marginé, dessinant de très larges festons. La lésion élémentaire est représentée par une volumineuse papule hyperkératosique et végétante. La réunion de ces différents éléments le long de lignes concentriques, ménageant entre elles des intervalles de peau saine, contribue à donner à l'ensemble un aspect figuré extrêmement curieux qui éveille l'idée d'une lésion tricophytoïde géante. Immédiatement autour de l'anús, le caractère végétant est plus marqué ; de plus, à la face postérieure des bourses on note la présence d'une fissure suintante linéaire qui contraste avec le caractère par ailleurs, complètement sec de la dermatose.

L'examen du malade ne révèle, d'autre part, que deux petites ulcérations de la moitié gauche du voile du palais, d'apparition relativement récente. Aucune lésion pulmonaire ou intestinale n'est à retenir et la santé générale du sujet est remarquablement conservée. Signalons, d'ailleurs, que l'interrogatoire ne permet de retenir aucun antécédent, tant héréditaire que collatéral ; frères et sœurs sont bien portants. Le malade est marié depuis 9 ans ; sa femme est elle-même en très bonne santé. La biopsie a montré des lésions tuberculeuses.

OBSERVATION XI. — (WATRIN). (*Résumée*)

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui fut atteint il y a trois ans d'un abcès de la marge de l'anús consécutif à un traumatisme : la guérison fut très lente et la cicatrisation ne fut obtenue qu'après un an ; quelques mois plus tard, l'abcès suppura de nouveau en même temps qu'apparaissait cliniquement une tuberculose du poumon droit. Le malade fut admis à l'hôpital Villemin et les lésions pul-

monaires furent rapidement cicatrisées. Mais la lésion anale s'était étendue et se présentait sous la forme d'un ulcère tubéreux typique, à bords décollés, à fond fissuré et douloureux, s'étendant à partir de l'orifice avec sur le raphi périnal sur une longueur de cinq centimètres ; en même temps, il était apparu sur la fesse droite un placard de tuberculose verruqueuse de dimensions d'une grosse paume de main. Le malade a été vu pour la première fois au dispensaire Fournier en mai 1934, envoyé par les médecins de l'hôpital Villemin ; état général était satisfaisant ; il n'y avait plus aucune réaction fébrile.

Amélioration nette par rayons X.

OBSERVATION XII. — (LERREDDE et PAUTRIER)

(Résumée)

M. G..., 49 ans, est porteur d'une lésion cutanée, qui offre l'aspect suivant :

Vaste placard périanal, occupant le pli interfessier et empiétant largement de chaque côté sur les deux fesses, ne remontant pas plus haut que l'anus, mais recouvrant en bas tout le périnée et descendant jusqu'à la naissance des deux bourses. Les lésions sont de couleur rouge sombre, leur bord est très net, faisant une légère saillie sur la peau saine environnante ; la surface du placard est irrégulière, bourgeonnante et suinte abondamment ; le rebord des lésions est sec ; il est par places lisse, brillant, d'un rouge un peu plus vif que le reste du placard ; par places, il est recouvert de squames blanches, sèches ; l'aspect sur ces points est celui des lésions de psoriasis. Les lésions du centre présentent, comme nous l'avons dit, un état végét-

tant ; sur certains points on remarque des érosions assez superficielles. Au toucher on sent une véritable induration. Ganglion de moyen volume dans les aines. L'état général bon. Rien au point de vue des antécédents héréditaires. Antécédents personnels : fluxion de poitrine ayant duré deux mois. Pas de syphilis ; abcès dans la région ano-génitale dont l'évolution aurait duré plus de 2 mois. A l'examen histologique : hyperkératose modérée, végétation considérable du corps.

OBSERVATION XIII (*Personnelle*)

(Une observation sur ce cas a été publiée également
par WEISSENBACH et Lévy FRANCKEL,
(dans *Bull. Soc. de Dermat.*, 1936)

M. G., 45 ans, ingénieur, est porteur d'une lésion cutanée très étendue et très ancienne, datant en effet de 1916. Trois ans avant (1913), M. G... présente une bronchite qui dure deux mois. En 1934, épидidymite bacillaire avec épидidectomie gauche. Vers la fin de la même année, apparition d'une fistule, probablement testiculaire, gauche, et quelques mois plus tard, castration gauche avec résection du canal déférent jusqu'au ras de vésicule séminale. Quant à la lésion cutanée, elle fait son apparition vers la fin de 1914, peu après la formation de fistule. C'est alors que M. G... s'aperçoit d'un « petit bouton » saillant, violacé, siégeant à la face interne de la cuisse. Ce petit bouton augmente progressivement et envahit peu à peu la face antérieure de cuisse, le périnée, la fesse. Pas de douleur, légères démangeaisons.

Actuellement, on se trouve en présence des vastes nappes verruqueuses occupant à peu près tout le tiers supérieur de la cuisse gauche et de la fesse du même côté. A la

fesse, c'est un grand placard verruqueux à limite supérieure nette, atteignant par son bord interne le pli interfessier qu'il ne dépasse pas ; par son bord externe il se prolonge sur la face externe et postérieure de la cuisse. La surface de ces placards est hérissée de saillies hyperkératosisques, séparées par des fissures ou crevasses. Ces placards, légèrement sensibles à la pression, sont entourés d'une aréole rouge-violacée. Ça et là existent des petits abcès, surtout à la face interne de la cuisse.

Rien à l'anus. Intégrité, au moins apparente, du tube digestif. Rien aux poumons et au cœur. B.-W. négatif. L'interrogatoire sur les antécédents héréditaires et collatéraux ne révèle rien de particulier.

A l'examen histologique : hyperkératose et hyperacanthose très accentués. Immédiatement sous la coupe épithéliale de Malpighi, follicules tuberculeux. Bacille de Koch, n'a pas pu être décelé. Vu le diagnostic sûr, inoculation au cobaye n'a pas été pratiquée.

III

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE ANO-FESSIERE

Pour rare qu'elle soit, la tuberculose verruqueuse ano-fessière est connue depuis un temps relativement ancien. Quelques-unes des observations que nous avons rapportées ci-dessus datent de la fin du xix^e siècle, alors que les études sur la tuberculose verruqueuse se trouvaient encore à l'état embryonnaire.

Nous savons que la tuberculose ano-fessière ne constitue pas une maladie, une entité morbide isolée nosographiquement, mais qu'elle représente tout simplement une des localisations multiples d'une maladie générale qu'est la tuberculose verruqueuse. On conçoit donc facilement que sa symptomatologie sera analogue à celle des autres localisations : et, en effet, la simple lecture de quelques observations suffit pour nous montrer que l'aspect clinique de la tuberculose verruqueuse ano-fessière se confond avec celui que nous avons décrit dans les généralités pour la tuberculose verruqueuse en général. C'est donc une plaque constituée par une lésion plus ou moins saillante, de surface rugueuse et irrégulière avec des végétations séparées par des fissures sup-

purantes. Deux particularités sont à noter : il est fréquent de voir sur une même lésion, à côté de la tuberculose verruqueuse indiscutable, des ulcérations tuberculeuses soit du lupus vulgaire. Deuxième particularité : la couche cornée fait souvent défaut, surtout dans les formes à localisation juxtanaïe.

QUELLE EST L'ÉTILOGIE ET QUELLE EST LA PATHOGÉNIE
DE L'AFFECTION ?

Dans la plupart des cas, la tuberculose verruqueuse est d'origine exogène. Le bacille de Koch vient de l'extérieur et inocule le derme à la faveur d'une effraction cutanée. Tantôt il y a une plaie, une lésion ultérieure quelconque persistante, à la faveur de laquelle se fait secondairement l'infection tuberculeuse; tantôt le traumatisme est à la fois l'origine de la porte d'entrée et d'inoculation spécifique. En plus, il est nécessaire de distinguer deux ordres de faits suivant que le sujet est absolument sain antérieurement à l'inoculation ou qu'au contraire, lui-même porteur de lésion tuberculeuse, surtout pulmonaire, a été la source de son infection par auto-inoculation. Dans d'autres cas, plus rares, la tuberculose verruqueuse se développe secondairement à l'ouverture cutanée de lésions tuberculeuses sous-cutanées et profondes, ou secondairement à ces mêmes lésions sans relations apparentes avec elles, peut-être par propagation par voie lymphatique ou veineuse. En somme, la tuberculose verruqueuse survient soit à la suite :

a) d'une inoculation primitive, soit : b) d'une auto-

inoculation secondaire. La tuberculose verruqueuse d'inoculation primitive comprend les nombreux faits des tubercules anatomiques. Ce mode d'infection est rare dans la région ano-fessière. Cela se conçoit bien, étant donné les conditions peu favorables pour le traumatisme externe et l'apport de bacilles de l'extérieur. Les faits existent cependant, surtout chez les enfants. Dans 6 cas de Wild (*Britsch Medical Journal*, 1899), chez des enfants, des tuberculoses verruqueuses de la fesse purent reconnaître comme origine des contaminations par les rebords de vases de nuit souillés de produits tuberculeux.

Dans un même ordre d'idées, on pourrait ranger des cas consécutifs à l'inoculation intramusculaire, faite dans la fesse, d'un vaccin antituberculeux. Cette éventualité est rarissime. Dans un cas de Louste et Lévy-Franckel, chez le jeune R..., âgé de 3 ans 1/2, 3-4 mois après l'injection intramusculaire de vaccin antituberculeux préventif, apparurent au point d'inoculation des lésions analogues à celles décrites sous le nom de tuberculide lichenienne. En même temps, on notait à distance : tuberculides papulo-nécrotiques et gommes cutanées sur le membre supérieur droit et tuberculose verruqueuse au creux poplité gauche (*Bull. de Soc. Derm.*, 1930, p. 366).

Il est probable que c'est aussi l'inoculation exogène primitive qui était en cause chez le petit malade de l'observation 7, étant donné l'intégrité de ses organes internes, d'une part, et les conditions d'hygiène et de propreté dans lesquelles a pu croître cet enfant.

Pour le cas d'une auto-inoculation secondaire, trois ordres de faits sont à distinguer :

1°) Un groupe de faits où le patient s'inocule à distance par les sécrétions bacillifères. Ce sont des excréments intestinaux qui servent comme véhicule de bacilles, soit que le malade ait des lésions tuberculeuses intestinales, soit que, tuberculeux pulmonaire, il déglutisse ses crachats. Comme dans les inoculations primitives il faut une érosion traumatique ou pathologique pour permettre au bacille de Koch de pénétrer dans le derme. Notons que, si le malade est porteur d'une lésion pulmonaire, c'est en général une lésion peu accentuée, peu évolutive. Inversement, la tuberculose verruqueuse elle-même est plus bénigne que lorsqu'elle résulte d'une inoculation exogène, chez un sujet indemne de tuberculose. On a fait remarquer que ces tuberculoses d'origine exogène, quand elles atteignent un individu indemne jusque-là de foyers tuberculeux, rappellent jusqu'à un certain point la tuberculose d'inoculation au cobaye : lésion cutanée initiale, extension aux lymphatiques et aux ganglions correspondants, et, dans certains cas, tuberculose viscérale consécutive. Dans les cas où le sujet est déjà tuberculeux, il ne s'agit que d'une superinfection. Le sujet ayant acquis une certaine immunité et se trouvant dans un état allergique, cette superinfection s'accompagne beaucoup plus rarement de lymphangite et de généralisation viscérale. Enfin, dans les cas d'une phtisie avérée, le sujet qui en est atteint, étant en état d'anergie, répond à une inoculation par une lésion grave, ulcère tuberculeux, plus rarement tuberculose verruqueuse, celle-ci étant alors le plus souvent associée à des ulcérations ;

2° Un groupe de faits où la tuberculose verruqueuse est secondaire à l'ouverture cutanée de lésions tuberculeuses sous-cutanées ou profondes. Suivant les cas, ce sera une lésion osseuse, articulaire, abcès sous-cutané (abcès de la marge de l'anus), abcès d'un organe profond (rectum, prostate), qui, s'ouvrant à la peau, donnent naissance à une fistule, qui, par le pus auquel elle donne issue, inocule la peau. Ce groupe étiologique nous semble être prépondérant dans la genèse de tuberculose ano-fessière. Nous retrouvons cette étiologie dans la plupart de nos observations. Le pronostic dans ces cas est bon;

3° Un petit groupe où la tuberculose verruqueuse ano-fessière résulte de la propagation d'une lésion de même nature et d'une région voisine. C'est le cas du malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du Docteur Weissenbach. La fistule d'origine génitale inocule d'abord la face interne d'origine génitale et, de là, la lésion s'étend progressivement pour envahir la face antérieure et postérieure de la cuisse et la fesse (Obs. 13);

4° Enfin, dans certains cas tout à fait rares, il existe des tuberculoses verruqueuses reconnaissant une origine lymphatique ou hématiche. La peau s'inocule à la suite d'une véritable septicémie bacillaire. Un cas de ce genre a été publié par Sézary et Poumailloux.

Il est hors de doute que, quelle que soit la porte d'entrée du bacille, des causes adjuvantes jouent un rôle important dans la genèse de l'affection. Parmi ces causes, on peut citer toutes les inflammations aiguës ou

chroniques de rectum et de l'anus, constipation, diarrhée, traumatisme. Toutes ces conditions sont susceptibles de déterminer un « locus minoris résistentiæ » chez un individu franchement tuberculeux ou seulement en puissance de tuberculose. Chez les enfants, où la tuberculose exogène primitive constitue — il paraît — le groupe étiologique dominant, l'inoculation peut se produire dès la plus tendre enfance, dans des familles tuberculeuses à l'hygiène déplorable et où des enfants se traînent le derrière nu sur un plancher infecté par des crachats desséchés. Nous ne saurions donc souligner assez l'importance que représente le milieu social pour l'étiologie et, partant, pour la prophylaxie de l'affection.

Pourquoi, pourrait-on se demander, le bacille de Koch donne-t-il au niveau d'un même organe, et dans la même région, dans des cas, la tuberculose verruqueuse, dans d'autres, ulcères et lupus? C'est là un problème encore plein d'inconnues. Il n'y a pas de forme de tuberculoses cutanées classiques qui soit due à un seul et unique mode d'infection, et aucun mode d'infection ne produit pas toujours la même lésion classique. Ce qui commande — paraît-il — le polymorphisme et l'évolution variable de tuberculose cutanée. C'est peut-être la virulence, le nombre variable de bacilles inoculés, mais plus encore les réactions mêmes de l'organisme, l'état allergique plus ou moins prononcé de celui-ci.

En conclusion : chez l'adulte, ce sont des fistules anales ou périanales qui, dans la majorité des cas, représentent le point de départ de la tuberculose verruqueuse ano-fessière. Vient ensuite, par l'ordre de fréquence,

l'auto-inoculation secondaire chez un sujet porteur d'une lésion tuberculeuse. Quant à la tuberculose primitive exogène, elle est exceptionnelle. Chez les enfants, par contre, ce dernier groupe étiologique paraît être prépondérant.

Sur 13 cas que nous avons rapporté, nous avons eu 7 cas (Obs. 1, 2, 5, 6, 8, 11, 12) à la suite d'une fistule; 3 cas (Obs. 3, 9, 10) à la suite d'auto-inoculation secondaire chez un sujet tuberculeux; 1 cas (Obs. 13) à la suite de propagation d'une lésion de voisinage; 1 cas (Obs. 7) à la suite d'une inoculation exogène primitive; 1 cas (Obs. 4) sans étiologie précise.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Nous en avons suffisamment parlé dans les généralités et à propos de chacun des groupes étiologiques.

DIAGNOSTIC

1° Toutes *dermatoses chroniques* irritées peuvent, à un certain moment, devenir papillomateuses. Les commémoratifs, l'évolution plus rapide fixeront le diagnostic;

2° Les *papillomes* sont d'un diagnostic facile au voisinage de l'anus. Ils y forment de véritables tumeurs en choux-fleurs constituées par de longues excroissances pédiculées très humides, roses, molles, douces au toucher. Le diagnostic est plus difficile dans les régions périanales, où ces papillomes se recouvrent d'une cou-

che cornée, peuvent prendre parfois un caractère inflammatoire et suppuratif et simuler ainsi la tuberculose verruqueuse. Il faudra tenir grand compte de l'étiologie, rechercher la coexistence de tuberculose viscérale, pulmonaire ou intestinale, rechercher la présence d'ulcérations miliaires interfissuraires. Enfin, en cas de doute, il faut s'en remettre à l'inoculation au cobaye;

3° La syphilis, tant dans sa période secondaire que dans sa période tertiaire, est la grande simulatrice de la tuberculose verruqueuse.

Les plaques muqueuses, hypertrophiées et papillomateuses, se localisent souvent au pourtour de l'anus. Elles ne sont jamais sèches et hyperkératosiques mais, au contraire, molles et souvent recouvertes d'une croûte mélicérique. Anamnèse de chancre, la coexistence d'autres accidents, la généralisation et la dissémination des accidents des enfants, font facilement rapporter à leur véritable nature les accidents syphilitiques. Mais, le plus souvent, il est ardu de faire le diagnostic ferme dans les cas d'accidents isolés, de modalité tertiaire, le chancre, les accidents secondaires pouvant avoir passé inaperçus. Ce sont des syphilides papuleuses à type corné, papillomato-corné. Les végétations papillaires dont se hérissent les papules peuvent se réunir, tout en étant séparées par des fissures, exceptionnellement suppurantes. Les lésions syphilitiques sont beaucoup plus disséminées que les lésions tuberculeuses, les plaques verruqueuses sont moins saillantes et n'ont pas ni rugosité, ni hyperkératose de la tuberculose verruqueuse. Les

lésions syphilitiques ont une tendance très marquée au groupement circiné, hémicerclé. Cependant, ce dernier caractère peut s'observer également dans la tuberculose verruqueuse (Obs. 6). L'inoculation au cobaye reste encore le moyen de diagnostic le plus sûr et le seul (les coupes histologiques, comme nous avons vu, peuvent prêter à la confusion) ;

4° *Epithélioma*. Nous avons en vue surtout les épithéliomas papillaires nues, siégeant à l'anوس, l'épithélioma de fesse étant une rareté. Ces épithéliomas forment des masses papillomateuses en choux-fleurs, mollasses. Les papilles sont très vasculaires et saignent très facilement ;

5° *Mycoses végétantes*, présentent parfois un problème d'un diagnostic très difficile, insurmontable par les seules ressources de la clinique. Sporotrichose, blasto-mycoses peuvent absolument simuler la tuberculose verruqueuse. Ce sont les mêmes placards verruqueux, squameux et croûteux, les mêmes sillons découpant les masses végétantes, les mêmes micro-abcès intra-épidermiques vidant leur goutte de pus à la pression. Recherche des parasites dans les sécrétions, culture, inoculation, tels sont les moyens auxquels il faut avoir recours pour trancher le problème ;

6° Faut-il maintenir la distinction entre tuberculose verruqueuse et lupus scléreux et papillomateux ? Nous ne le croyons pas. La simple lecture des mémoires de Vidal et de Riehl et Paltauf montre que cliniquement ces affections sont identiques.

TRAITEMENT

Il est peu d'affections dans lesquelles on ait tenté des efforts thérapeutiques plus variés que dans les tuberculoses cutanées. Exérèse, scarification, thermo-cautérisation, médications chimiques, radiothérapie; autant de méthodes qui s'offrent au thérapeute, et entre lesquelles il n'est pas toujours très facile à choisir.

L'ablation chirurgicale totale, quand elle est possible, ou le curetage suivi de cautérisation restent en faveur chez nombre de dermatologistes. Cependant, ce mode de traitement peut exposer à des généralisations, l'incision chirurgicale, en ouvrant les vaisseaux, dissémine le bacille. L'électrocoagulation peut suffire à détruire radicalement un tubercule ou une tuberculose verruqueuse, pourvu que cette dernière ne soit pas trop étendue. Quant aux scarifications linéaires quadrillées et la cautérisation ignée, leur application demande une main experte, la guérison n'est complète qu'après de nombreuses séances très douloureuses qui en font redouter les malades.

J. Caté, J. Coste et P.-J. Michel, dans un article intitulé « La radiothérapie constitue à l'heure actuelle le meilleur des traitements de la tuberculose verruqueuse » apportent une conclusion suivante :

« Nous croyons pouvoir dire que dans tous les cas de tuberculose verruqueuse, exogène ou hémotogène, limitée ou étendue, la radiothérapie pratiquée selon la méthode ci-dessus précisée (longueur d'onde moyenne,

absence de filtre, séance unique) constitue la thérapeutique de choix de la tuberculose verruqueuse. Elle amène à elle seule une cicatrisation on peut dire constante et définitive des lésions et, fait également très remarquable, elle paraît contribuer à relever l'état général du malade, toutes les fois que celui-ci est précaire. Cette méthode, par ailleurs, nous paraît sans aucun danger. »

Quelques auteurs ont eu l'idée d'utiliser des injections locales d'or et ils prétendent avoir obtenu des résultats probants. N'oublions pas qu'en même temps que le traitement local, le traitement général de la tuberculose (huile de foie de morue, soleil) doit toujours être mis en œuvre.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose verruqueuse ano-fessière est rare. Son aspect clinique se confond avec celui des autres localisations de la tuberculose verruqueuse. Une particularité est à noter : la coexistence fréquente dans une même lésion, à côté de la tuberculose verruqueuse typique, indiscutable, des ulcères tuberculeux.

2° Dans la majorité des cas, ce sont des fistules anales ou périanales qui constituent le point de départ de la tuberculose verruqueuse ano-fessière. Viennent ensuite par l'ordre de fréquence les auto-inoculations secondaires chez un sujet atteint d'une tuberculose viscérale, pulmonaire ou intestinale. Chez les enfants, l'inoculation primitive exogène paraît prédominer;

3° Un sujet atteint de tuberculose verruqueuse surtout à forme de Rhiel et Paltauf, n'est pas un malade porteur d'une simple dermatose; c'est un tuberculeux soit avéré, soit en puissance et toujours susceptible de présenter des phénomènes de réinfection, de superinfection et de généralisation. Ne voir que la peau serait une erreur grossière;

4° Les principales affections susceptibles d'être confondues avec la tuberculose verruqueuse ano-fessière sont : la syphilis, les mycoses, les épithéliomas, les papillomes. Dans tous les cas douteux, c'est au laboratoire qu'il faut avoir recours pour obtenir une réponse sûre et formelle. L'inoculation au cobaye constitue la méthode de choix;

5° Les moyens dont dispose le thérapeute pour lutter contre la tuberculose verruqueuse sont : exérèse, scarifications, cautérisations, curetage, radiothérapie et injections locales de sels d'or. Les deux derniers sont actuellement les plus en vogue. Le traitement local doit être accompagné d'un traitement général de la tuberculose.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Congrès de la Tub. verr., 1893, p. 506.
- CROUZET. — Thèse Lyon, 1930-1931.
- DIMITROFF. — Thèse, Montpellier, 1896-1897.
- DANLOS et LÉVY-FRANCEL. — Bull. de Soc. Derm., 1909.
- GATÉ (J.). — J. Méd. Lyon, 1931.
- GOUGEROT et BERNIER. — Bull. de Soc. Derm., 1932.
- HARTMANN. — Revue de Chirurgie, 1894.
- J. GATÉ, P.-J. MICHEL, A. FREICHEL. — Bull. Soc. Derm., 1934.
- LELOIR. — Traité de Scroful-tub., 1892.
- LERREDE ET PAUTRIER. — Bull. de Soc. anat., 1902.
- LANZENBERG ET GLASSER. — Bull. de Soc. Derm., 1932.
- LAUSTE, CH. LÉVY-FRANCKEL. — Bull. de Soc. Derm., 1930.
- MOUTOT. — Thèse, Lyon 1906-1907.
- NICOLAS, F. LEBEUF, J. ROUGIER. — Bull. de Soc. Derm., 1932.
- PAUTRIER. — Nouv. Rev. pratique Derm., T. III.
- P. J. MICHEL. — Bull. de Soc. Derm., 1928.
- SEQUINAUDE. — J. Méd. Bordeaux, 1912.
- THUILLIER. — Bruxelles Méd., 1936.
- WILD. — British Med. Journal, 1899.
- WATRIN. — Bull. de Soc. Derm., 1935.
- WEISSENBACH, LÉVY FRANCKEL, MARTINEAU. — Bull. de Soc. Derm., 1936.
- ZINSSER. — Handbuch fur Haut und Geschlechte Krank, 1930.

